

Client Intake Form (初診用質問用紙)

初回受付 _____ 年 月 日

氏名 _____ (カナ _____) 紹介者 _____

生年月日 _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳 血液型 _____ A / AB / B / O

住所 〒 _____

TEL _____ (FAX _____) E-mail _____

家族構成 _____ 未婚 / 既婚 子供の数 _____ 人

訪問の理由はなんですか？

現在使用している医薬品・サプリメントなど

現在何らかの病院に通院していますか？

はい / いいえ

(はいの場合)

科

嗜好

飲酒 { なし / 時々 / 毎日 }

喫煙 { なし / 時々 _____ 本ぐらい / 毎日 _____ 本ぐらい }

その他
.....

事故・負傷の経験はありますか？ (もしあれば、いつ頃、どのように、原因)

入院・通院・手術・治療の経験はありますか？ (もしあれば、いつ頃、どのように、原因)

下記の症状を現在もしくは過去に経験していますか？
(現在あればC、過去の場合はPと右側に記入して下さい)

便秘 下痢 消化不良 胃痛 めまい 頭痛 歯痛 耳の痛み
腰痛 肩こり あごの痛み 背中の痛み 喉の痛み 心臓の痛み 慢性疲労
不眠症 潰瘍 皮膚のトラブル 湿疹 乾癬 喘息 アトピー 腹痛
リウマチ 気管支炎 甲状腺の異状 高血圧 低血圧 冷え性 脱毛
白髪 痙攣 車酔い 神経痛 関節炎 糖尿病 肋膜炎 低血糖
肺炎 水ぼうそう はしか おたふく風邪 生殖器系のトラブル 生理不順
生理痛 女性器官のトラブル 結核 脳卒中 心臓病 癌 肝臓の問題
すい臓の問題 腎臓の問題 抑うつ てんかん ヘルペス 心身症
アレルギー (あれば、その内容)

その他、気になる症状はありますか？ (あれば、その内容)

御自身について思っていること・感じていること

父親との関係

同居 / 別居 / 死別

感じていること

母親との関係

同居 / 別居 / 死別

感じていること

人間関係に関して / 他者と自分の繋がりに関して感じていること

あなたのゴール / 今回のヒーリングセッションで得たいものは何ですか？ 長期的には？

その他何かあればお書き下さい

ありがとうございました。